

**QUESTIONNAIRE d'ÉVALUATION du RISQUE en cas d'AES (préparation à l'entretien avec le médecin référent)**

<b>NOM, PRENOM :</b> <b>Fonction : IDE AS ASH Autres :</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Vaccination hépatite B : OUI NON</b> <input type="checkbox"/> <b>Sérologie Ac anti HBs : connues OUI NON</b>	<b>Date et heure de l'accident :</b> ...../...../..... ; ..... h ..... mn <b>Service :</b> <b>N° tél service :</b> <b>N° tél personnel :</b>		
➤ <u>Type d'AES :</u> <input type="checkbox"/> Piqûre superficielle <input type="checkbox"/> Piqûre profonde <input type="checkbox"/> Coupure superficielle <input type="checkbox"/> Coupure profonde <input type="checkbox"/> Projection œil peau lésée visage <input type="checkbox"/> Morsure-griffure <input type="checkbox"/> Autre :	➤ <u>Saignement spontané de la blessure ?</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	➤ <u>Matériel en cause :</u> <input type="checkbox"/> Aiguille creuse (IM/IV/SC) ..... <input type="checkbox"/> Aiguille pleine ..... <input type="checkbox"/> Autre : .....	➤ <u>Matériel sécurisé :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<u>Siège de la lésion :</u> .....			
➤ <u>Tâche en cours</u> : (précisez le type de geste = injection, pose de perfusion)	➤ <u>Mécanisme de l'accident</u> : (exposez les circonstances = retrait aiguille, retournement épicroânienne...)		
➤ <u>Matériel de prévention lors de l'accident :</u> ▪ conteneur à aiguilles à portée de main <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▪ Port de gants <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▪ Port de protections du visage <input type="checkbox"/> OUI Lesquels ..... <input type="checkbox"/> NON	➤ <u>SOINS immédiats :</u> ▪ Si piqûre, coupure, projection cutanée : <input type="checkbox"/> Lavage: avec quoi ? ..... Pendant ..... mn <input type="checkbox"/> Antiseptie de la peau: avec quoi? ..... pendant ..... mn ▪ Si projection oculaire: <input type="checkbox"/> Rinçage : avec quoi ? ..... pendant ..... mn ➤ <u>Patient source :</u> ▪ TROD VIH (avec consentement) <input type="checkbox"/> OUI Résultats: + ou - <input type="checkbox"/> NON Pourquoi ? ..... ▪ Statut vis-à-vis VHC : ..... ▪ VHB : <input type="checkbox"/> vacciné <input type="checkbox"/> non vacciné		